

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 26 décembre 1899, à 1 heure

Par M^{me} OLGA LATYCHEFF

Née à Saint-Petersbourg, le 8 juin 1865.

LE TRAITEMENT DU TRACHOME

ET DE QUELQUES-UNES DE SES COMPLICATIONS

PAR LA GREFFE DE LA MUQUEUSE BUCCALE

Président : M. PAUL BERGER, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

HARTMANN, }
WALLICH, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 26 décembre 1899, à 1 heure

Par M^{me} OLGA LATYCHEFF

Née à Saint-Petersbourg, le 8 juin 1865.

LE TRAITEMENT DU TRACHOME

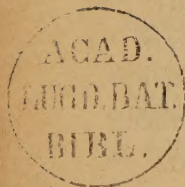
ET DE QUELQUES-UNES DE SES COMPLICATIONS

PAR LA GREFFE DE LA MUQUEUSE BUCCALE

Président : M. PAUL BERGER, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

HARTMANN, } *agregés.*
WALLICH, }



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	TILLAX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	{ PINARD.
	BUDIN.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRE.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Le sujet de notre travail, *Traitement du trachome*, nous semble intéressant à un double point de vue. D'abord le trachome est une maladie souvent si rebelle aux différents traitements employés jusqu'à présent que toute tentative de trouver une nouvelle solution du problème nous paraît digne d'intérêt. En second lieu, la question du traitement du trachome a une importance toute particulière pour la Russie, où 8,28 % des aveugles sont d'anciens trachomateux.

Parmi les diverses tentatives faites pour combattre les accidents du trachome, la plus intéressante nous a semblé être celle, qui repose sur la transplantation de la muqueuse buccale. Cette transplantation a été faite de deux manières différentes. Les uns, cherchant à combattre les suites du processus trachomateux, emploient la greffe muqueuse dans la période dite cicatricielle ; d'autres, au contraire, y ont recours à la première période du processus et transplantent des lambeaux muqueux sur la conjonctive encore peu déformée.

Parmi les auteurs du premier groupe, on peut citer Van Millingen, Story, Benson qui ont recours à la greffe muqueuse dans les cas d'entropion et de trichiasis consécutifs au trachome ; parmi les seconds nous pouvons nommer d'une façon plus particulière le Dr Noïszewski (de Dwinsk), le Dr Sapjko (de Kiev), quoique ce dernier appliquait son procédé à toutes les périodes du trachome.

Dans notre travail, nous nous occuperons surtout de la méthode du Dr Noiszewski qui nous paraît très simple et très pratique et donne de très bons résultats, comme le prouvent 15 observations inédites que nous reproduirons, et que nous devons à l'obligeance de ce médecin.

Arrivée au terme de nos études, nous considérons comme un agréable devoir d'exprimer notre reconnaissance à tous les maîtres qui nous ont prodigué leur enseignement. Nous garderons tout particulièrement le souvenir de M. le Professeur Berger qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, de M. le Professeur Quénu, dont nous avons suivi avec grand profit le remarquable enseignement clinique chirurgical, et de M. le Professeur Panas, auprès duquel nous avons acquis d'inappréciables notions d'ophtalmologie.

Qu'il nous soit permis de leur adresser ici notre profonde gratitude.

Nous remercions également M. le Dr Noiszewski des observations importantes qu'il a bien voulu mettre à notre disposition.

CHAPITRE PREMIER

L'application de la transplantation de la muqueuse buccale au traitement du trachome.

S'il existe de nombreuses tentatives de traitement des complications de trachome par la greffe muqueuse, l'idée d'utiliser cette méthode dans le traitement du trachome lui-même appartient en entier au D^r Sapejko et au D^r Noiszewski. Tous les deux se sont servis de la muqueuse buccale, mais tandis que Sapejko a employé la greffe de cette muqueuse à la période cicatricielle, Noiszewski s'en déclare partisan dès la première période.

C'est en faisant des greffes de muqueuse buccale dans diverses affections de l'œil que Sapejko a eu l'idée d'enlever toute la conjonctive et de la remplacer par la muqueuse buccale, dans les cas où cette conjonctive est atteinte d'une affection grave et pouvant amener l'opacité de la cornée ou la perte de l'œil. Parmi ces affections passibles de la greffe muqueuse, il cite la tuberculose, le xérosis, les néoplasmes de la conjonctive, ainsi que le trachome.

Pour ce qui est plus particulièrement du trachome, Sapejko a fait cette greffe chez huit malades, après avoir adopté en dernier lieu le procédé opératoire suivant.

Il commence par inciser la commissure externe de l'œil, puis à travers le bord libre des paupières il passe quatre fils, deux pour chaque paupière, lesquels fils sont confiés à deux

aides qui peuvent en tirant sur eux renverser les paupières et transformer la surface très inégale de l'œil en une plaie presque plate.

On procède alors à la dissection de la conjonctive, en laissant autour de la cornée une bordure de conjonctive large de deux millimètres, destinée à la fixation du lambeau de la muqueuse buccale. On commence la séparation par la conjonctive bulbaire, ce qui est plus facile grâce à la présence en cet endroit du tissu sous-muqueux. Quand on arrive près du bord supérieur du tarse, on excise la conjonctive en même temps qu'une couche du tarse. A cet effet Sapejko procède de la manière suivante.

Il introduit une spatule d'Egger sous la paupière renversée, qu'il maintient dans cette position à l'aide de fils introduits d'avance, et il arrive à opérer facilement sur la surface profonde du tarse.

Lorsque les deux culs-de-sac conjonctivaux sont ainsi détruits, on dissèque d'abord un lambeau de la muqueuse buccale pour couvrir la paupière supérieure qu'on fixe d'un côté avec cinq points de suture à la bordure de conjonctive laissée autour de la cornée, et de l'autre par dix points au moins au bord libre de la paupière. On dissèque ensuite sur la muqueuse buccale un autre lambeau un peu plus petit pour la paupière inférieure.

Pour former les replis du sac conjonctival, on fait deux sutures en anse de Snellen au niveau de chaque repli.

Les dimensions du lambeau doivent correspondre aux dimensions des paupières renversées et tendues après la dissection de la conjonctive.

Au niveau des angles de l'œil où les deux lambeaux se

touchent on met 3 points de suture pour chaque angle.

L'étude de ces huit opérés amène Sapejko à formuler les conclusions suivantes :

1° On peut enlever toute la conjonctive sans nuire au bulbe et aux annexes de l'œil.

2° Cette destruction de la conjonctive n'a pas d'influence fâcheuse sur la cornée.

3° Les mouvements des paupières et du globe de l'œil peuvent rester normaux.

4° Les points et les canaux lacrymaux étant conservés, la fonction de l'appareil lacrymal reste intacte.

5° La muqueuse buccale étant un tissu assez souple et suffisamment lisse, elle n'irrite pas la cornée.

6° Les dimensions du lambeau doivent correspondre exactement aux plaies palpébrales.

7° La rétraction consécutive est tellement insignifiante qu'un ou deux mois après l'opération on peut déjà considérer les dimensions du sac conjonctival comme définitives ; on n'observe ordinairement ni rétraction, ni atrophie du lambeau.

8° La muqueuse transplantée est réfractaire au processus trachomateux.

Parmi ces conclusions il y en a quelques-unes au sujet desquelles nous voudrions présenter quelques remarques.

En premier lieu, l'opération telle que la pratique Sapejko nous paraît trop dangereuse. Si la greffe de la muqueuse buccale venait à ne pas réussir, l'œil reste sans conjonctive, avec toutes les conséquences fâcheuses qui en résultent. En second lieu, en séparant la cornée de la conjonctive on compromet

très sérieusement sa nutrition et par conséquent on s'expose à des complications imprévues et graves. Enfin, en se rapportant aux observations de l'auteur, on voit que les mouvements des paupières et de l'œil ont été plus ou moins compromis.

Du reste Sapejko lui-même, en parlant de la conservation des mouvements normaux, n'est pas très affirmatif et emploie une forme dubitative en disant qu'ils *peuvent* rester normaux, ce qui ne laisse pas que de faire naître quelque inquiétude.

L'opération de Sapejko pourrait, à la rigueur, se justifier dans les cas désespérés tels que ceux de néoplasme conjonctival, mais elle nous semble beaucoup trop destructive pour le trachome.

Par conséquent, en envisageant les dangers immédiats que présente ce procédé, ainsi que les conséquences fâcheuses qu'il peut avoir dans la suite au point de vue de la mobilité de l'œil, nous ne saurions l'adopter surtout comme traitement du trachome.

La méthode de Noiszezewski, dont nous allons nous occuper maintenant, se présente sous un autre jour.

Noiszezewski a publié pour la première fois son procédé et ses observations en 1889. Dans une série de publications ultérieures ayant paru en 1890, il a définitivement fixé les grandes lignes du procédé dont il se sert depuis. C'est ce procédé qui a été employé dans les observations inédites de Noiszezewski que nous publions dans une autre partie de notre travail.

L'opération d'après le procédé de Noiszezewski est conduite de la façon suivante.

On commence par renverser la paupière (c'est ordinaire-

ment sur la paupière supérieure qu'on opère) ; sur la conjonctive on trace avec le couteau de de Græffe les limites du lambeau à disséquer qui doit avoir la forme d'un quadrilatère dont le bord inférieur, long de 2 centimètres, est tracé à quatre millimètres du bord libre de la paupière et parallèlement à lui. Le bord supérieur du quadrilatère aussi long que l'inférieur, est tracé parallèlement à celui-ci, à une distance de 15 millimètres. Ces deux incisions horizontales sont ensuite réunies par les incisions verticales.

Après avoir ainsi limité le champ opératoire, on pratique un grattage avec une curette tranchante en allant jusqu'au tarse qui prend un aspect blanchâtre. Pour ne pas compromettre la vitalité du lambeau, on n'emploie pas d'antiseptiques proprement dits et on ne se sert pendant toute la durée de l'opération que du sérum artificiel physiologique.

Lorsque le champ opératoire est ainsi préparé, on dessine avec le couteau de de Græffe sur la muqueuse de la lèvre inférieure le lambeau ayant les mêmes dimensions que le lambeau conjonctival (2 centimètres de long sur 15 millimètres de large) ; on place les pinces de Snellen et on le dissèque. Le lambeau une fois disséqué et tenu dans la main pour le préserver contre le refroidissement, on enlève le sang coagulé qui se trouve à la surface curetée de la paupière et on y applique le lambeau buccal. Pour le fixer à la conjonctive il faut cinq points de suture, dont deux pour le fixer au bord libre de la paupière. On passe ces deux fils en allant de la muqueuse vers la peau ; on les serre d'abord très modérément, en ayant soin de comprendre le bord libre dans les nœuds. Les trois autres points de suture n'intéressent que la conjonctive ; deux sont placés aux extrémités de l'incision ; le troisième au milieu du bord supérieur du lambeau.

A la fin de l'opération on serre davantage les points de suture du bord libre.

Il nous semble que la suture du lambeau buccal peut être commencée avant sa dissection complète. On peut, en effet, aussitôt la partie supérieure du lambeau disséquée passer, sur place, un fil de chaque côté et continuer ainsi successivement pour les trois autres fils. Le lambeau, une fois disséqué, serait alors transporté avec ses fils sur la surface dénudée de la conjonctive.

Après l'opération on met un pansement compressif en tarlatane amidonnée pour immobiliser l'œil. Si le malade ne souffre pas, on laisse ce pansement sans le toucher pendant deux ou trois jours. Au premier changement de pansement on lave l'œil avec une solution antiseptique (l'auteur emploie le sublimé à 1 pour 5.000) et on met un pansement ouaté ordinaire.

Au sixième jour, si tout va bien, on enlève les points de suture près du bord libre et, au dixième jour, les trois autres. Le lambeau adhère déjà au tarse.

Quant aux indications et à l'efficacité de cette opération, Noïszewski est arrivé à la conclusion suivante :

En admettant l'existence de deux formes principales du trachome chronique (la forme molle et la forme dure), Noïszewski trouve notamment que son procédé est particulièrement indiqué dans le trachome dur, en raison de ce fait que dans cette forme la lésion est localisée au début au segment moyen de la paupière.

Pour Noïszewski la conjonctivoplastie est contre-indiquée dans tous les cas où on peut espérer d'obtenir la guérison par d'autres moyens et surtout dans le cas où la cornée est saine,

transparente et conserve sa sensibilité normale. Noïszewski a notamment remarqué que la cornée normale n'est pas indifférente au changement de nature de la muqueuse.

Les suites de l'opération sont très favorables pour la vision. Dans les cas où le trachome est accompagné de pannus sarcomateux et la vision est égale à $\frac{1}{\infty}$, ce procédé donne très rapidement des résultats favorables.

Il faut encore noter que le lambeau est réfractaire au processus trachomateux et que, fait encore plus intéressant, il exerce une action favorable sur les parties voisines de la conjonctive atteintes de trachome. Ces parties se nettoient bientôt et prennent l'aspect de la conjonctive à la période post-trachomateuse. On observe en même temps une sécrétion muqueuse très abondante.

Cette influence du lambeau sur le terrain a été observée aussi par Raehlmann, qui, en parlant de la double transplantation de la peau et de la muqueuse dans l'espace intermarginal, attire l'attention sur ce fait qu'après l'opération on observe une hyperémie dans la conjonctive de l'œil opéré dont la nutrition laissait auparavant fort à désirer. La conjonctive, pâle, rétractée avant l'opération, devient humide, et 24 heures après reprend ses dimensions normales.

En résumé le procédé de Noïszewski présente de grands avantages : il est d'une exécution simple, n'offre pas de danger pour l'œil, et exerce une influence favorable sur les complications cornéennes préexistantes et sur le processus trachomateux de toute la conjonctive.

On peut donc considérer cette méthode de traitement du trachome comme présentant un intérêt réel et digne de prendre rang parmi les moyens par lesquels les médecins cher-

chent aujourd'hui à combattre cette maladie redoutable. Il suffit du reste de parcourir les observations de traitement du trachome par la méthode de Noiszewski que nous avons réunies dans notre travail, pour voir que, sur 15 cas où elle a été employée, il n'y a eu que deux insuccès tenant à une faute opératoire.

CHAPITRE II

Traitement de l'entropion et du trichiasis chez les trachomateux par la transplantation de la muqueuse buccale.

C'est en 1882 que Van Millingen essaya le premier de transplanter la muqueuse labiale, pour combattre le trichiasis consécutif au trachome. Depuis cette époque, Van Millingen est resté fidèle à sa méthode qu'il a appliquée toujours avec le même succès dans un grand nombre de cas. Son procédé que nous décrivons plus loin est basé sur les considérations suivantes.

Dans les yeux atteints de trichiasis avec trachome, la surface conjonctivale de la paupière y compris le cul-de-sac est toujours raccourcie. Ce raccourcissement ne peut s'effectuer qu'au dépens de la surface cutanée de la paupière ; les glandes de Meibomius, les cils et la peau sont entraînés vers l'intérieur.

L'espace intermarginal disparaît.

Combattre la traction cicatricielle et reconstruire l'espace intermarginal, tel est le but du procédé de Van Millingen. Il obtient ce double résultat en transplantant sur toute l'étendue de l'espace intermarginal une lanière de muqueuse prise sur la lèvre.

Voici comment il procède.

Après avoir désinfecté la paupière et le sac conjonctival,

préalablement cocaïnisé, il introduit une spatule sous la paupière. En pressant sur le bord supérieur du tarse avec deux doigts de la main gauche, il cherche à relever autant que possible le bord libre de la paupière. L'espace intermarginal étant ainsi bien exposé, il y pratique, sur toute son étendue, avec la pointe du bistouri une incision entre les cils et les glandes meibomiennes.

Cette incision sert à établir sur le bord libre de la paupière et en dedans de la rangée des cils, une plaie béante de 2 à 3 millimètres de largeur au centre et se terminant en pointe à chaque extrémité. Il est très important, en faisant cette incision, d'éviter d'enfoncer la lame entre la peau et le tarse ; il ne s'agit pas, comme dans l'opération de Arlt de fendre la paupière en deux feuillets, mais de former une plaie à fond plat et bien appropriée pour l'implantation d'un lambeau.

Pour obtenir ce résultat on commence par pratiquer une incision linéaire superficielle tout le long de l'espace intermarginal, puis on donne à la plaie la béance nécessaire en pratiquant obliquement (la pointe du bistouri dirigée vers la conjonctive) des incisions dans la substance du tarse.

Cela fait, on procède au deuxième temps de l'opération qui consiste à suturer, au-dessus du sourcil, le bord libre de la paupière avec la peau. Un point de suture à chaque extrémité de la paupière et un au centre suffisent pour relever la paupière, l'immobiliser provisoirement et empêcher les lèvres de la plaie de s'approcher l'une de l'autre.

Le troisième temps de l'opération consiste à prélever sur la lèvre une lanière de muqueuse et à la placer dans la fente qui a été préparée dans l'espace intermarginal. Avec un peu d'habitude, une pince et une paire de ciseaux suffisent à

l'opération. Le lambeau doit avoir les mêmes dimensions que la plaie de la paupière.

On pose le lambeau par sa surface cruentée sur la plaie de la paupière et on le maintient en place avec un bourrelet d'ouate trempée dans une solution de sublimé. On termine en appliquant sur le champ opératoire une compresse de toile enduite d'une couche épaisse de vaseline iodoformée, et on bande les deux yeux.

La plaie de la lèvre est ensuite suturée et pansée avec de la ouate imprégnée d'une solution de sublimé.

Le premier pansement de l'œil peut être renouvelé quarante-huit heures après l'opération. Il est quelquefois préférable de panser tous les jours jusqu'au troisième jour. Van Millingen est très satisfait de son procédé et apporte à l'appui ses statistiques personnelles sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici. Disons toutefois que son procédé semble mettre les malades à l'abri de la récurrence.

D'autres auteurs comme Story, Benson, Burchardt, Poplavsky, Sapejko et Israelson ont eu recours au procédé de Van Millingen, en le modifiant plus ou moins.

Story, par exemple, est partisan des sutures, et pour fixer solidement son lambeau de muqueuse buccale sur la plaie palpébrale, il fait avec chaque fil un nœud assez fort servant surtout à appliquer exactement le lambeau contre le fond de la plaie. Il traverse le lambeau par sa face non cruentée, conduit l'aiguille jusqu'à la couche profonde de la conjonctive et ressort à une distance suffisante du bord de la plaie. Le fil est noué le plus loin possible du point de sortie pour faciliter plus tard l'enlèvement des sutures.

Dans la plupart de ses cas, trois points de suture ont

suffi: un au milieu du lambeau ; les deux autres à chacune de ses extrémités.

Le procédé de Burchardt est exécuté de la façon suivante :

L'opérateur place le fixateur de Knapp, dédouble le bord libre de l'espace intermarginal à la profondeur de quatre millimètres et passe plusieurs fils de soie fine, distants environ de trois ou quatre millimètres, dans l'épaisseur de la paupière à peu près à la hauteur de l'extrémité terminale de l'incision. Quant au lambeau buccal, il le dessine au couteau, sur la lèvre inférieure saisie dans un fixateur de Knapp, puis avec les ciseaux de Cowper, il dissèque un lambeau correspondant à la plaie de la paupière. Mais avant cette dissection, il pique à chaque angle du lambeau de fines aiguilles courbes munies de fils. Il transporte alors le lambeau sur la plaie palpébrale, noue fortement les fils de deux extrémités du lambeau, en fait de même pour les fils qu'on avait préalablement passés à travers toute l'épaisseur de la paupière et qui, de cette façon, en prenant par dessus le lambeau servent à le maintenir en place. Il enlève alors le fixateur de Knapp et applique sur l'œil un pansement qu'on laisse en place pendant trois jours.

Van Millingen ainsi que Story et Burchardt se montrent très satisfaits chacun de leur méthode et disent n'avoir pas eu de récidives. Pourtant Van Millingen trouve que son procédé est indiqué pour le trichiasis seul et ne parle pas de l'entropion. Quant à Story il ne fait pas cette distinction et estime que le procédé peut servir aussi pour l'entropion associé au trichiasis. Cette distinction est pourtant très importante au point de vue des résultats que l'opération du trichiasis et de l'entropion peut donner.

L'enseignement de notre maître, M. Panas, nous a appris qu'une bonne opération de l'entropion associé au trichiasis et tous deux consécutifs au processus trachomateux doit répondre aux trois indications suivantes :

- 1) Mobiliser le sol ciliaire ;
- 2) Ramener en haut la partie inférieure du tarse et les cils ;
- 3) Modifier la courbure du tarse.

L'opération proposée par les auteurs cités plus haut répond bien à la première de ces indications, ne répond qu'en partie à la deuxième et ne remplit pas du tout la troisième.

Chez les trachomateux, le tarse modifié, incurvé en dedans, maintient l'entropion. Par conséquent la simple interposition d'un lambeau dans l'espace intermarginal ne saurait suffire dans les cas de trichiasis et d'entropion graves et difficiles à guérir.

C'est si vrai que les auteurs qui cherchèrent à reproduire et à perfectionner cette méthode ont été obligés d'agir aussi sur le tarse et c'est ainsi que nous voyons Sapejko qui au début avait adopté le procédé de Van Millingen, le modifia après quelques essais.

Sapejko, après avoir essayé dans quatre cas l'opération de Van Millingen avait notamment constaté que le procédé n'avait pas amené la guérison. Il attribua cet insuccès à la dureté et à l'incurvation notable du tarse. Il modifia donc le procédé de la façon suivante.

Après lavage et cocaïnisation de l'œil, Sapejko introduit sous la paupière supérieure la spatule d'Egger. Puis, à l'aide du doigt, il attire cette paupière en haut pour la redresser autant que possible. Il plante un couteau fin (celui de Beer, par

exemple) à une profondeur de 5 à 6 millimètres, à 1 millimètre en dedans de la rangée des cils, à l'angle externe pour l'œil droit, à l'angle interne pour l'œil gauche. Il avance ensuite la section par petits mouvements de scie, parallèlement au bord ciliaire jusqu'au delà de la rangée des cils. Ce dédoublement terminé, il pratique une incision accessoire à chaque bout de la fente, allant de bas en haut et en dehors pour l'angle externe, de bas en haut et en dedans pour l'angle interne. Il libère ainsi un lambeau en soupape, afin de détruire l'élasticité de la tranche externe de la paupière qui tendrait à comprimer le lambeau à greffer. Il soulève le lambeau et produit ainsi une plaie ouverte dans laquelle apparaît le tarse, dont il enlève en dédolant plusieurs couches minces. Cette manœuvre aurait pour but, d'après Sapejko, d'éliminer les quelques bulbes ciliaires qui auraient pu rester adhérents au cartilage, et d'autre part, en réduisant son épaisseur, de neutraliser la cause principale de son incurvation.

Le deuxième temps de l'opération est le prélèvement du lambeau de greffe sur la muqueuse labiale du malade. En raison de la contractilité très notable de la muqueuse, on prend le lambeau deux fois plus large qu'il ne le faut.

Une fois le lambeau disséqué, on le met sur la plaie palpébrale, on le fixe à l'aide de plusieurs points de suture : six à sept pour la suture supérieure et cinq pour l'inférieure. Évitant par principe de saisir le lambeau avec des pinces, ce qui compromettrait sa vitalité, Sapejko le pique sur une aiguille et le porte ainsi sur le rebord de la plaie palpébrale, en fixant la peau avec des pinces. Il pousse l'aiguille à travers la muqueuse et la peau, et réalise ainsi le premier point de suture, continuant par le même procédé pour les points suivants. Il

place les derniers points dans les incisions latérales de la peau. Les points sont disposés de telle façon que ceux du bord supérieur correspondent aux intervalles de ceux du bord inférieur.

Il coupe les fils de la suture inférieure et fixe les fils supérieurs à l'aide d'un emplâtre collant sur le front du malade. Sapejko attribue une grande importance à ce détail opératoire destiné à prévenir le rapprochement des bords de la plaie et permettant de les écarter au degré voulu. En même temps le lambeau solidement fixé par ses deux bords est immobilisé et ne subit plus la pression de la lèvre supérieure de la plaie palpébrale.

Le pansement se fait aussi d'une façon particulière : tout d'abord on place sur l'œil une feuille fine d'étain, longue de cinq à six centimètres et large de deux à deux et demi ; sur les bords de cette feuille on fait plusieurs incisions pour qu'elle s'adapte bien aux inégalités de l'œil.

On comprime le lambeau vers l'espace intermarginal au moyen d'un rouleau de gaze et, après avoir mis plusieurs couches de gaze imbibée de solution de sublimé, on place un pansement ordinaire.

La feuille en étain protège le lambeau de la muqueuse contre l'accrolement du pansement et contre la dessiccation, qui favoriserait la formation de croûtes et des excoriations. Le rouleau comprimant le lambeau vers le fond de la plaie s'oppose à l'hémorrhagie.

Tel est le procédé de Sapejko contre l'entropion de la paupière supérieure. Nous devons donc nous demander si, étant donné le procédé du professeur Panas pour l'opération de l'entropion et du trichiasis, qui, d'après tous les auteurs qu'il

l'ont appliqué, donne d'excellents résultats, celui de Sapejko présente ou non des avantages ?

Tout d'abord, pour se former une opinion fondée, il faudrait que les mêmes chirurgiens qui se sont familiarisés avec le procédé du professeur Panas expérimentassent celui de Sapejko afin de comparer les résultats obtenus par les deux. Cependant dès maintenant on peut dire que théoriquement le procédé de Sapejko est moins efficace pour remédier aux altérations du tarse qu'on observe chez les trachomateux. Le tarse est non seulement épaissi, mais aussi incurvé en dedans, et c'est cette incurvation qu'il faut corriger. On y arrive par le procédé du professeur Panas, tandis que Sapejko obtient seulement la diminution de l'épaisseur du tarse.

Les avantages que nous trouvons à l'opération de Sapejko sont les suivants : elle peut être faite sans chloroforme, car, comme l'a constaté Sapejko, elle est peu douloureuse ; en cas d'insuccès on peut la répéter facilement. Par conséquent, elle peut être utile dans les cas où il est difficile d'avoir des aides et une installation nécessaire (par exemple à la campagne, ou sur les malades qui ne peuvent pas rester à l'hôpital).

Quant aux malades chez lesquels le tarse est intact, le procédé de Van Millingen ou de Story nous semble tout à fait indiqué par la simplicité de son exécution.

Le procédé de Sapejko appliqué à la paupière inférieure, diffère peu de celui décrit pour la paupière supérieure.

On pratique le dédoublement de l'espace intermarginal. On le complète par une seule incision à l'angle externe qui se dirige en dehors et en bas. Dans la plaie ainsi obtenue, on introduit un lambeau de la muqueuse labiale de longueur égale à la plaie en plaçant son extrémité externe dans l'incision la-

térale. La largeur du lambeau varie de trois à dix millimètres.

On fixe le lambeau, en arrière, à la conjonctive et en avant, au bord ciliaire de la paupière.

La manière d'opérer de Mlle Poplavski et d'Israelson diffère peu des procédés que nous venons de décrire. Il faut surtout noter les instruments spéciaux adoptés par ces opérateurs -

Les statistiques publiées par les auteurs que nous venons de citer montrent, à en juger par les résultats qu'ils ont obtenus, que la greffe de la muqueuse buccale dans l'entropion et le trichiasis consécutifs au trachome, donne dans l'énorme majorité des cas des résultats excellents et expose peu à la récurrence.

Les quelques observations que nous publions à titre d'exemple le montrent suffisamment.

CHAPITRE III

Sort de la muqueuse greffée.

Il est intéressant de signaler les modifications successives que subit la muqueuse transplantée, d'autant plus qu'on comprend alors la raison d'être des bons résultats que donne en clinique la greffe muqueuse dans le traitement du trachome et de ses complications.

Nous avons sur ce point des indications très complètes dans les travaux de Sapejko, de Noiszewski et dans les recherches expérimentales de Diatchenko.

D'après les observations de Sapejko le lambeau transplanté devient d'abord tout à fait blanc et conserve cet aspect quelque temps après sa fixation sur le nouveau terrain. Cette période se prolonge pendant 4 à 12 heures, plus rarement pendant 24 heures. Si cet aspect blanchâtre persiste plus de 24 heures, on peut craindre la gangrène du lambeau.

Ordinairement quelques heures après l'opération le lambeau transporté commence à se colorer. Des points cyanosés apparaissent d'abord au niveau des sutures, augmentent progressivement et, au bout de 12 à 24 heures, tout le lambeau, apparaît comme cyanosé et légèrement œdématié. Cette cyanose prouve l'afflux du sang, mais la circulation se fait encore avec difficulté et le sort du lambeau dépend surtout de la rapidité avec laquelle la circulation régulière se rétablit et améliore les conditions de nutrition du lambeau. Cette période

présente des variations dans la durée, qui dépend de l'adhérence plus ou moins complète du lambeau.

Notons comme conditions défavorables à la greffe rapide du lambeau : 1° la présence de caillots sanguins entre la muqueuse transplantée et la plaie, et 2° la mobilité du lambeau si le pansement est mal fait.

La durée de cette période, comme nous l'avons déjà dit, a une grande influence sur l'état ultérieur du tissu transplanté. Plus elle est longue, plus la nutrition se fait mal, et alors le lambeau se rétracte davantage plus tard, prend une teinte pâle et peut même perdre quelques-unes de ses qualités, sa souplesse et son élasticité, par exemple. Quand tout marche bien, cette deuxième période ne dure pas longtemps et à la fin du deuxième jour on peut la considérer comme terminée : le lambeau devient rose et la troisième période commence.

Ce qui caractérise cette troisième période, c'est que les couches superficielles de l'épithélium prennent un aspect particulier : l'épithélium se trouble, se ternit pour ainsi dire, et sa surface du lambeau présente alors un léger enduit blanchâtre qui, les troisième et quatrième jours, devient plus épais.

La durée de la quatrième période, que l'on pourrait appeler la période de desquamation, dépend de la façon dont s'est passée la troisième période. Si la couche terne est peu épaisse, la desquamation se fait vite ; dans le cas contraire elle se prolonge. Ordinairement dans les cas favorables on remarque vers la fin du quatrième jour la chute de plusieurs squames fines de l'épithélium superficiel, et le 6^e ou le 7^e jour apparaît la surface rose et luisante de la muqueuse ; au contraire là où aux mauvaises conditions de la nutrition s'ajoutent des conditions extérieures défavorables (macération du lambeau

par une sécrétion exagérée, surtout si cette sécrétion est du pus) la période desquamative peut se prolonger longtemps.

Cependant, même dans les cas défavorables les squames qui recouvrent le lambeau tombent peu à peu et, le dixième ou le douzième jour, la muqueuse prend l'aspect décrit plus haut.

Il arrive quelquefois qu'après les couches superficielles on voit tomber les couches profondes de l'épithélium; il se forme alors à ce niveau des excoriations qui guérissent ordinairement sans laisser de traces; d'autres fois au contraire le lambeau s'amincit à leur niveau.

Enfin, dans certains cas, les excoriations recouvrent tout le lambeau, et alors il ne reste de la muqueuse transplantée que des débris lamentables ayant la forme de petits ilots, lesquels ilots peuvent se conserver pendant longtemps. D'après Sapejko ces excoriations ne s'observeraient que là où il existe des conditions extérieures défavorables, telles que la macération, le dessèchement; quant à l'atrophie, elle n'apparaîtrait que là où l'on observe la rupture des adhérences du lambeau, ce qui évidemment compromet sa nutrition.

Quand cette période est terminée, la muqueuse devient lisse, rose et luisante.

Le sort du lambeau à ce moment dépend des conditions extérieures dans lesquelles il se trouve: si la muqueuse transplantée est constamment humectée, elle ne présente pas de changements ultérieurs. Au contraire, si elle est directement en rapport avec l'air atmosphérique elle passe encore par une nouvelle période qu'on pourrait appeler période d'accommodement aux conditions nouvelles de la vie.

Dans ces conditions, on voit que dès les premières heures

après l'enlèvement du pansement (ce qu'on peut faire le neuvième jour après l'opération), la muqueuse en se desséchant a perdu de son éclat. Puis dans les vingt-quatre heures qui suivent, on voit se former aux dépens de l'épithélium desséché de fines croûtes jaunâtres. Si on enlève une de ces croûtes, on en voit apparaître une nouvelle au même endroit et ainsi de suite pendant un temps plus ou moins long, jusqu'à ce que le lambeau se soit accommodé à sa fonction nouvelle.

A partir de ce moment, l'épithélium commence à prendre la forme des petites pellicules analogues à celles que l'on observe chez les personnes présentant de la séborrhée. Plus tard enfin ces pellicules ne se forment plus, et le lambeau desquame d'une façon invisible.

De son côté Noiszewski distingue trois périodes dans les modifications ultérieures du lambeau ; à savoir, une période d'infiltration (macération), une période de vascularisation, une période d'oblitération des vaisseaux.

La première dure de 5 à 7 jours et, suivant le degré de l'infiltration, le lambeau meurt, ce qui arrive seulement après un traumatisme accidentel, ou il prend et se greffe.

La deuxième période dure très longtemps, de 3 à 4 mois, et même davantage. Le lambeau se tuméfie sous l'influence de l'hyperémie intense ; il paraît hypertrophié, semble charnu et saigne au moindre traumatisme. Quelquefois pendant cette période il est même utile de faire de temps en temps de légères scarifications.

Quant à la troisième période, elle n'aurait pas de durée déterminée et varierait suivant les cas.

Mais de toutes les modifications que peut subir le lambeau transplanté, la plus importante est incontestablement la ré-

traction à laquelle il est sujet. En effet, presque tous les opérateurs ont été obligés de combattre la tendance de la muqueuse à la rétraction.

Cette rétraction peut être de deux sortes : normale, et se produisant peu à peu pour s'arrêter après quelque temps ; anormale, se faisant rapidement sans raisons appréciables et qui compromet tout à fait les résultats de la transplantation. Plusieurs auteurs ont observé cette dernière. Heiberg, à la suite de la transplantation de la conjonctive du lapin pour symblépharon partiel de la paupière inférieure, a remarqué que, malgré l'apparition des vaisseaux de nouvelle formation, le lambeau se contractait visiblement de telle sorte que, le neuvième jour, il avait l'apparence d'une verrue.

Le même fait a été observé par Feuer qui avait recouvert une partie du bulbe avec un lambeau de conjonctive de lapin, lambeau long de deux centimètres et large de un centimètre et demi.

Imre a transplanté deux fois la conjonctive du lapin chez le même malade pour symblépharon ; les deux fois il a observé d'abord la guérison ; puis, dix jours après la première opération et trois semaines après la seconde, il y eut rétraction, et les résultats de l'opération furent tout à fait négatifs.

Cette rétraction, observée par ces trois auteurs dans la transplantation de la conjonctive de lapin, a été également observée par Raehlmann dans la transplantation de la muqueuse buccale. Les résultats de l'intervention furent d'abord bons, mais plus tard le lambeau en se rétractant compromit tout à fait la guérison. Raehlmann pense que cette rétraction pathologique peut se produire pendant le premier mois et il pense que, dans beaucoup de cas où les auteurs ont rap-

porté les suites opératoires comme satisfaisantes, les malades n'ont pas été suivis pendant assez longtemps. Nous avons déjà vu que cette opinion n'est pas juste et que, si la rétraction du lambeau existe, elle s'arrête après quelque temps et ne dépasse pas un certain degré que les auteurs cherchent à déterminer et que nous venons d'appeler la rétraction normale.

En effet, immédiatement après sa séparation, le lambeau muqueux se rétracte fortement et reste dans cet état quelque temps après la transplantation sur son nouveau terrain. Vingt-quatre heures après, le lambeau semble se déplier ; il augmente en longueur, en largeur et en épaisseur à cause du gonflement dont il est le siège et garde cet aspect six ou dix jours, jusqu'à ce qu'une circulation régulière soit établie. La muqueuse diminue alors de volume plus rapidement dans les trois premières semaines, ensuite plus lentement. A la fin du deuxième mois le lambeau a acquis les dimensions définitives. Il faut noter que, toutes conditions égales, plus la réunion du lambeau avec la conjonctive est parfaite, plus sa rétractilité est faible.

Quant à la ligne de réunion du lambeau avec la conjonctive, dans les cas heureux où on est arrivé à bien ajuster les bords du lambeau avec la conjonctive voisine, elle est à peine visible dès le 15^e ou 20^e jour après l'opération. Plus tard, vers le 40^e ou 50^e jour, elle se cache dans un sillon plus ou moins profond qui se forme grâce à la rétractilité du tissu cicatriciel, intermédiaire entre le lambeau et la conjonctive.

Les recherches expérimentales de Diatchenko nous permettent de suivre le processus en question dans ses détails histologiques. Diatchenko a fait ses expériences sur les chiens

auxquels il transplantait sur la conjonctive des lambeaux pris sur la muqueuse buccale. Il pratiquait ensuite des coupes à travers toute l'épaisseur de la paupière opérée, tous les jours à partir du premier jour après l'opération jusqu'au quarantième jour et plus tard.

Le premier jour on voit, entre les bords du lambeau et la conjonctive, un exsudat d'épaisseur variable suivant les endroits. Cet exsudat est formé par de la fibrine plus ou moins réticulée et contenant dans ses mailles des éléments figurés : ce sont d'abord des leucocytes que remplacent bientôt les cellules mésenchymateuses qui, dès le quatrième ou le cinquième jour, se transforment en cellules fusiformes et enfin, vers le huitième ou le dixième jour, en tissu conjonctif dense.

La conjonctive voisine du lambeau est d'abord infiltrée de leucocytes et présente en même temps une dégénérescence graisseuse des fibres musculaires et du tissu conjonctif ; mais, vers le deuxième ou le troisième jour, commence le travail de réparation, c'est-à-dire la disparition des leucocytes, et l'apparition des cellules mésenchymateuses.

Les vaisseaux, qui au début sont thrombosés, présentent vers le deuxième ou le troisième jour une prolifération de l'endothélium et une formation de nouveaux capillaires, qui se dirigent vers l'exsudat à la rencontre de ceux qui se sont formés dans la conjonctive et avec lesquels ils se réunissent.

Dans quelques cas dans lesquels Diatchenko a fait l'injection d'un liquide coloré dans la carotide des chiens opérés, il a constaté que cette masse pénétrait à travers les capillaires de la conjonctive dans les vaisseaux du lambeau transplanté où, tantôt elle remplissait toute la lumière des vaisseaux, tantôt pénétrait entre leurs parois et les thrombus. Il

existe très peu de vaisseaux qui restent thrombosés et ne laissent pas passer la masse injectée. Diatchenko a remarqué en outre que la pénétration de la masse se faisait plus difficilement là où le lambeau avait été placé sur la plaie immédiatement après sa dissection, sans avoir été préalablement trempé dans la solution physiologique de chlorure de sodium. Il pense que dans ces cas la pénétration du sang de la conjonctive vers le lambeau se fait aussi plus difficilement.

Sur ces préparations, Diatchenko a constaté que tous les trajets par lesquels la masse injectée pénètre dans les vaisseaux sont entourés de cellules endothéliales. Il faut en conclure que le sang de la conjonctive arrive au lambeau transplanté par les capillaires de nouvelle formation.

Si on examine les modifications qui se produisent dans l'épithélium du lambeau, on voit, le premier jour, que les cellules épithéliales deviennent gonflées et troubles ; le deuxième jour, les couches superficielles se desquament et les cellules ne se colorent plus ou se colorent mal. Cette desquamation est accompagnée de la dégénérescence graisseuse et le gonflement des cellules se continue pendant plusieurs jours. Le sixième et le septième jour, les couches épithéliales superficielles sont tombées, et celles qui restent sont très peu nombreuses. Dans ces dernières on observe la prolifération des cellules, et le huitième ou le neuvième jour les cellules épithéliales sont reconstituées. Ainsi, au neuvième jour, on peut considérer le lambeau comme complètement soudé à la conjonctive.

En faisant des coupes un ou deux mois après l'opération, Diatchenko a trouvé que la réunion du lambeau avec la conjonctive est durable et complète, et que le tissu conjonctif

dense au niveau de la réunion des deux muqueuses n'est pas remplacé par du tissu rétractile. Les limites du lambeau sont alors difficiles à trouver.

Diatchenko est très bref sur l'état du lambeau après un certain temps ; il ne nous dit rien des changements ultérieurs dans la structure du lambeau. Est-il remplacé par du tissu semblable au tissu de la conjonctive, ou conserve-t-il la structure de la muqueuse buccale ? A cette question nous avons trouvé une réponse dans un travail de M. de Wecker. De Wecker, qui faisait la transplantation de la conjonctive du lapin sur l'œil humain, a remarqué que la muqueuse de l'animal se trouve, après un certain temps, comme absorbée, remplacée par une muqueuse ne différant en rien de la conjonctive normale du malade.

Wœlfel pense que la muqueuse transplantée perd son individualité.

Enfin, en 1893, à la Société d'ophtalmologie de Paris, Gillet de Grandmont en parlant des greffes, dit qu'elles constituent un organe de transition qui permet la cicatrisation par l'interposition d'un tissu nouveau, qui disparaît ultérieurement.

Ce tissu hétérogène se résorbe peu à peu et chaque cellule étrangère est remplacée par une cellule humaine. Peut-on en conclure par analogie que la même chose se produit pour la muqueuse transplantée ? C'est une question qui demande de nouvelles études.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite), communiquée par M. le D^r NOÏSZEWSKI.

Jeune fille de 21 ans.

O. G. Trachome chronique accompagné d'infiltration de la cornée et de pannus sarcomateux. Atrophie du bulbe.

La malade est atteinte de trachome depuis plusieurs années et le traitement répété plusieurs fois (expression des granulations) a échoué. La nutrition de la cornée est de plus en plus compromise. La cornée s'infiltré souvent et cette infiltration est suivie de petites ulcérations. Enfin le processus a abouti à l'atrophie de la cornée et de l'iris.

O. D. est menacé, car la cornée est infiltrée et irritée.

Je propose à la malade la transplantation de la muqueuse buccale.

Le 31 mars 1895, opération suivant mon procédé.

On enlève le pansement le 4^e jour. Pas de rougeur, ni d'œdème ; on trouve seulement quelques mucosités aux bords des paupières et sur le pansement.

On lave l'œil avec une solution de sublimé à 1 pour 5.000, et on remet le pansement occlusif ordinaire.

6^e jour. Les deux sutures pénétrantes inférieures sont enlevées.

10^e jour. En renversant la paupière, on voit que le lambeau est partout adhérent.

Les 3 points de suture restants sont enlevés, et l'œil est bandé sans ouate.

La cornée s'éclaircissant progressivement, quoique lentement, la vision un mois après l'opération égale 1/60 Sn ; deux mois après : V. = 6/36 Sn.

OBSERVATION II (D^r NOÏSZEWSKI, inédite).

Une jeune fille de 17 ans est entrée à l'hôpital le 19 avril 1895. Elle est atteinte de trachome avec pannus et infiltration de la cornée. Elle a été traitée pendant longtemps par les cautérisations au sulfate de cuivre.

O. D. Pannus très épais ; infiltration très intense de la cornée ; compte les doigts à la distance de un pied (30 centimètres).

O. G. V = 3/60 Sn.

Le 25 avril, opération sans chloroforme.

O. D. après l'opération : V = 6/60 Sn.

O. G. sans changement.

OBSERVATION III (D^r NOÏSZEWSKI, inédite).

Une jeune fille de 12 ans est entrée à l'hôpital le 18 mai 1895.

Trachome. Infiltration. Pannus.

Sécrétion muco-purulente abondante.

O. D. V = $\frac{1}{\infty}$; O. G. = V 6/120.

On a d'abord cherché à supprimer la sécrétion de la conjonctive par des lavages au sublimé et par la nitratisation.

Le 12 juillet, opération sur l'œil droit sous chloroforme. Période post-opératoire tout à fait normale. Vision 2 mois après l'opération = 6/36 Sn. O. G. V = 1/120, comme avant.

OBSERVATION IV (D^r NOÏSZEWSKI, inédite).

Une fillette de 10 ans, entrée à l'hôpital le 8 avril 1895.

Trachome dur avec pannus des deux yeux.

O. D. V = $\frac{1}{\infty}$; O. G. V. = 1/60 Sn.

Le 15 septembre 1895, opération sur l'œil droit, sous chloroforme.

Pas de douleurs les jours suivants.

Le 18, changement de pansement ; ni inflammation, ni œdème, ni infiltration.

La couleur du lambeau est rouge cerise.

Le 20. les deux points de suture inférieurs sont enlevés.

Un mois après, V = 6/60 Sn.

O. G. Etat stationnaire.

OBSERVATION V (D^r NOÏSZEWSKI, inédite).

K..., israélite, garçon de 12 ans. Trachome dur des deux yeux.
O. D. Atrophie du bulbe.

O. G. Infiltration légère ; poussées inflammatoires fréquentes ; V = 6/24 Sn.

Après l'opération la vision ne s'améliore pas, mais les poussées inflammatoires et l'infiltration disparaissent.

OBSERVATION VI (D^r NOÏSZEWSKI, inédite).

Sonia, fille israélite de 17 ans.

Trachome dur avec pannus des deux yeux. V = O. D. et O. G.
= $\frac{1}{\infty}$.

Le 8 décembre, opération sur l'œil droit, sous chloroforme, à l'hôpital des Israélites, avec l'aide du D^r Kameron.

Période post-opératoire, sans douleurs, et sans inflammation. Succès très remarquable. La malade a atteint comme vision 6/12 Sn. L'œil gauche n'a pas été opéré.

OBSERVATION VII (D^r NOÏSZEWSKI, inédite).

Dab., fille israélite de 12 ans, entrée à l'hôpital le 20 juillet 1896.

Trachome dur, infiltration et pannus de la cornée des deux yeux.
O. D. présente souvent des poussées inflammatoires.

O. D. V = peut compter les doigts.

O. G. V = 1/60 Sn.

Après l'opération, O. D. V = 6/36 Sn.

OBSERVATION VIII (D^r NOÏSZEWSKI, inédite).

Wajnert, israélite, garçon de 14 ans. O. D. Trachome dur ; V = 1/60 Sn.

Le 15 janvier 1896, opération sous chloroforme avec l'aide du D^r Beinert et de Mlle Akimoff, étudiante à la Faculté de médecine de Paris.

Le 3^e jour, le pansement compressif est enlevé ; l'état de l'œil et des paupières est excellent.

Un mois après V = 6/36 Sn.

OBSERVATION IX (D^r NÖISZEWSKI, inédite).

N^o 24. Le 1^{er} janvier 1898. Alexandre C., 20 ans, fils d'un commissaire de police de Vitebsk.

Trachome dur des deux yeux ; paupières inférieures peu atteintes ; cornées normales.

O. D. V = 6/6 Sn ; O. G. 6/8 Sn.

Opération le 21 janvier, sous chloroforme, avec assistance du D^r Routkevitch. Le lambeau de 12 millimètres sur 15 fut prélevé sur la muqueuse labiale avec le tissu sous-muqueux qu'on éloigna ensuite après avoir étalé le lambeau sur la main. Le lambeau adhéra bien, mais à cause de son épaisseur un peu trop grande, ses bords, au lieu de s'appliquer seulement aux bords de la conjonctive, les recouvraient sur environ un millimètre.

Un an après, le lambeau s'atrophie peu à peu, quoique le malade se sente bien et demande l'opération pour l'œil droit.

V = 6/6 Sn.

OBSERVATION X (D^r NÖISZEWSKI, inédite).

N^o 143. Le 2 mars 1899. Même sujet.

Opération le 15 mai. Transplantation de la muqueuse sur la paupière supérieure de l'œil droit. Le lambeau fut prélevé sur la muqueuse de l'angle de la bouche, là où elle est particulièrement fine et souple. La dissection se fait de la façon suivante : avec le couteau de de Græfe on délimite le lambeau. Puis on introduit la lame par transfixation sous la surface délimitée, en partant du bord antérieur vers le postérieur. On sépare la lanière de muqueuse en manœuvrant le couteau comme une scie. On coupe aux deux extrémités, et le lambeau se trouve ainsi entièrement détaché.

La paupière malade fut grattée à l'aide d'un instrument nouveau appelé *racloir* (1).

(1) Cet instrument, qui ressemble à une pique recourbée dont on aurait coupé l'extrémité pointue, peut être utile également dans le cas où les bords du lambeau n'adhèrent pas suffisamment vite aux bords de la conjonctive. On introduit alors l'instrument sous les bords non greffés du lambeau pour les aviver en même temps que la conjonctive.

Le lambeau se greffa admirablement bien ; il était tellement fin et souple, ses bords adhéraient si bien aux bords de la paupière malade que, plus tard, à moins d'être prévenu et d'examiner attentivement l'œil de l'opéré, on ne pouvait s'apercevoir qu'une greffe y avait été pratiquée.

V = 6/6 Sn.

L'opération fut faite sous chloroforme avec l'assistance du D^r Routkevitch.

OBSERVATION XI (D^r NOŚSZEWSKI, inédite).

N° 35. Le 1^{er} janvier 1898. M. Ch..., paysanne, 18 ans, originaire du gouvernement de Vitebsk.

Trachome dur de la paupière gauche. Infiltration de la cornée V = 1/60 Sn.

Opération le 20 février 1898, sous chloroforme, avec assistance du D^r Routkevitch. Pas de complications. La malade, 8 jours après l'enlèvement des sutures, est sortie de l'hôpital pour continuer le traitement sous la surveillance du médecin local.

Deux mois après l'opération :

V = 6/36 Sn.

OBSERVATION XII (D^r NOŚSZEWSKI, inédite).

N° 215. Le 5 juin 1898. A. R..., paysanne de Vitebsk, 17 ans.

Trachome dur de l'œil gauche, ptosis, pannus sarcomateux. Œil droit entièrement sain. La malade est scrofuleuse, ce que l'on voit clairement à la conformation de son nez et de ses lèvres.

Opération le 20 juin, sous chloroforme, avec l'assistance du D^r Routkevitch. Muqueuse labiale de mauvaise qualité ; il est difficile de trouver un endroit suffisamment lisse et sain. Greffe et adhérence normales, mais l'influence de l'opération sur le pannus est insignifiante. Apparition de phlyctènes.

En règle générale, lorsque le sujet est scrofuleux, la transplantation a peu de succès.

Un mois après : le pannus et le ptosis commencent à diminuer, mais ni l'un ni l'autre n'ont disparu 3 mois après.

Avant l'opération : $V = \frac{1}{\infty}$ Sn.

Après l'opération : $V = 1/60$ Sn.

OBSERVATION XIII (D^r NOISZEWSKI, inédite).

N° 393. Le 2 août 1898. G. Ch..., israélite, fille d'un épicier de Dvinsk, 20 ans.

Trachome dur des deux yeux ; pannus de l'œil droit.

$V = \frac{1}{\infty}$ Sn.

Opération le 4 août, sous chloroforme, avec assistance du D^r Reyro. Le lambeau de 12 millimètres sur 15 fut prélevé sur la muqueuse labiale et transplanté sur la paupière supérieure nettoyée préalablement à l'aide d'un racloir. L'hémorragie fut arrêtée avec de simples tampons de ouate.

Le lambeau était très fin et lisse (Les lambeaux fins sont généralement très lisses et adhérent à la plaie même sans sutures).

Deux sutures pénétrantes inférieures et deux sutures superficielles supérieures. Pansement ordinaire.

Le 5 août, la malade se plaint de douleurs dans l'œil opéré. L'examen ne montre rien d'anormal, sauf une légère injection périornéale.

Le 8 août, les points de la suture inférieure sont enlevés ; les couches superficielles de l'épithélium sont légèrement macérées.

Le 9, les points de la suture supérieure sont enlevés ; la muqueuse est greffée complètement.

Après l'opération : $V = 6/36$ Sn.

OBSERVATION XIV (D^r NOISZEWSKI, inédite).

N° 88. 1^{er} avril 1899. B. A..., paysan, 20 ans.

Oeil droit : trachome dur, pannus ténus, infiltration de la cornée, $V = 1/60$ Sn.

Opération sous chloroforme avec assistance du D^r Reyro. Transplantation de la muqueuse buccale sur la paupière supérieure de l'œil droit.

Suites opératoires normales.

Un mois après : $V = 6/24$ Sn.

OBSERVATION XV (D^r NOISZEWSKI, inédite).

N^o 442. Le 9 août 1899, M. Ya..., paysanne du gouvernement de Vilna, 20 ans.

Trachome dur des deux yeux ; pannus ténus, infiltration de la cornée. Œil droit : staphylome postérieur, perforation de la cornée, $V = 1/120$ Sn. Œil gauche : $V = \frac{1}{\infty}$ Sn.

Operation le 10 août, sous chloroforme, avec assistance des D^{rs} Routkévitche et Reyro. Transplantation de la muqueuse labiale sur la paupière supérieure de l'œil droit. Le lambeau s'est greffé régulièrement, mais le bord antérieur du lambeau n'a pas adhéré, ayant été déplacé par le pansement.

Un mois après : la cornée éclaircie dans sa partie inférieure, $V = 6/60$ Sn,

Six semaines après, la malade se plaint de douleurs dans les tempes et à la mâchoire supérieure du côté opéré ; toutefois l'œil droit ne présente rien d'anormal. L'examen de l'œil gauche montre qu'il est atteint de cyclite. Enucléation de l'œil gauche. Cessation des douleurs. Amélioration de la vision de l'œil droit.

OBSERVATION XVI (D^r SAPEJKO).

A. T..., 37 ans. Trachome ancien.

Entropion double des deux yeux depuis 6 ans ; les tarses sont durs et incurvés.

La conjonctive des culs-de-sac est recouverte de granulations ; on trouve très peu de granulations sur la partie tarsale de la conjonctive : elles y sont transformées en cicatrices. Il existe une sécrétion muco-purulente

O. D. $V = 20/70$; O. G. $V = 20/100$.

Pour diminuer la sécrétion anormale, on prescrit la nitratisation pendant 5 jours.

Le 12 février 1887, opération suivant le procédé de Van Millingen sur l'œil gauche. Le lambeau est pris sur la lèvre inférieure. Les points de suture sont faits avec la soie fine.

Le soir du même jour, la muqueuse est pâle et soulevée par des caillots sanguins.

13 février. — Les caillots se sont résorbés ; le lambeau est rouge-cerise ou rose, suivant les endroits. Une sécrétion muco-purulente intense.

22. — Le lambeau est lisse et luisant. Le pansement est enlevé.

24. — On observe que la partie inférieure du lambeau transplanté s'est rapprochée de la cornée, tandis que sa partie supérieure, de verticale qu'elle était aussitôt après l'opération, est devenue oblique en avant et en bas. La malade est contente des résultats de l'opération et désire une opération semblable pour son œil gauche. Cependant elle sent quelque chose qui « roule » sous la paupière. Une partie du lambeau ayant servi pour allonger le cul-de-sac conjonctival, Sapejko croit que c'est la cicatrice formée au niveau de la réunion de ce lambeau avec la conjonctive qui irrite un peu l'œil de la malade.

OBSERVATION XVII (D^r SAPEJKO).

Anna T..., 37 ans.

Opération le 29 novembre 1887 sur l'œil droit suivant le procédé du docteur Sapejko. L'œil gauche a été opéré auparavant d'après le procédé de Van Millingen.

Le 30 novembre, le lambeau a adhéré complètement ; hémorragie très insignifiante ; le lambeau est cyanosé.

6 jours après, on constate l'adhérence parfaite du lambeau.

Un an après, le lambeau s'est rétracté un peu et maintient bien les cils.

Le tarse droit est beaucoup plus souple et droit que celui de l'œil gauche, qui reste toujours très dur et très incurvé.

OBSERVATION XVIII (D^r SAPEJKO).

Michel N..., 36 ans, atteint de trachome depuis 15 ans. Il y a 2 ans que le trichiasis s'est établi. Les tarses sont très incurvés. Pannus tennés. Entropion de la paupière inférieure.

O. G. V = 20/70.

Opération le 11 mai 1887 sur la paupière supérieure gauche. Période post-opératoire tout à fait normale.

Un mois après l'opération, vision de l'œil gauche = 20/50.

OBSERVATION XIX (D^r Sapejko).

K... C..., 47 ans, atteinte de trachome depuis 7 ans. Le processus n'est pas encore terminé. Il existe un entropion récent ; les tarses ont leur forme normale.

O. D. V = 20/200.

Le 9 octobre 1887, transplantation de la muqueuse labiale dans l'espace intermarginal de la paupière supérieure droite. Le lambeau est large de 5 millimètres. Période post-opératoire sans complications. Le succès est complet.

31. — V = 20/70.

OBSERVATION XX (D^r SAPEJKO).

A. P..., 24 ans. O. D. Entropion double ; tarses incurvés ; le processus trachomateux n'est pas terminé. Pannus ténus.

V = 20/200.

Opération le 23 octobre 1887. La convexité du tarse est détruite ; un lambeau long de 4 centimètres, large de 4 millimètres, est placé dans l'espace intermarginal. Le 7^e jour les points de suture sont enlevés, le lambeau est rose, luisant, n'est pas rétracté. Les cils ont pris la direction normale ; le tarse est moins incurvé.

Après 3 ans le lambeau s'est rétracté un peu ; les cils conservent leur direction normale. Le bord de la paupière est un peu plus large qu'il ne devait l'être normalement.

OBSERVATION XXI (D^r SAPEJKO).

N. I..., 32 ans, atteinte de trachome dès son enfance ; le processus est terminé ; trichiasis partiel.

O. D. V = 20/40 avec un verre n° — 30.

O. G. V = 20/30.

Le 21 novembre 1889, opération sur les deux yeux, sous chloroforme. Dédoublement de l'espace intermarginal à la profondeur de 3 à

4 millimètres. Les lambeaux sont longs de 4 centimètres, larges de 3 millimètres. Pendant la nuit sur l'œil gauche une hémorragie très intense qui se continue le jour suivant.

Le lambeau est séparé du fond de la plaie par les caillots. Peu à peu il se rétracte et, vers le 8^e jour, disparaît complètement. Cependant la direction des cils reste normale. Sur l'œil droit le lambeau s'est bien greffé.

5 mois après, les cils de la paupière supérieure gauche ont une position presque normale. On peut expliquer ce résultat par l'influence du dédoublement de l'espace intermaginal, suivi des ligatures.

Sur l'œil droit le résultat est très satisfaisant ; le lambeau, en forme de pont, maintient les cils.

OBSERVATION XXII (D^r SAPEJKO).

N. M..., 41 ans, atteint de trachome depuis 3 ans. Entropion double de l'œil gauche.

Les tarses sont notablement épaissis et incurvés ; le cul-de-sac conjonctival est couvert de cicatrices, pannus ; V = 20/100.

Opération le 13 janvier 1890.

Incision ordinaire. Tarsectomie. Transplantation de la muqueuse labiale. Le lambeau s'est bien greffé. Période post-opératoire tout à fait normale.

Le 8^e jour, le pansement est enlevé.

Le 9^e jour, on voit près du bord supérieur une petite excoriation qui 3 jours plus tard se recouvre d'épithélium.

Un mois après, la malade sort de l'hôpital. Le lambeau est normal ; les cils sont éloignés du bulbe ; la cornée s'est éclaircie un peu.

O. G. V = 20/50.

Deux ans plus tard on revoit la malade ; les cils ont une direction normale ; un tiers de la muqueuse transplantée forme l'espace intermaginal ; le reste a servi à allonger le cul-de-sac conjonctival.

La muqueuse s'est à peine rétractée.

La cornée est transparente ; le pannus a disparu. V = 20/40.

OBSERVATION XXIII (D^r SAPEJKO).

A. L..., 65 ans, atteinte de trachome depuis 20-30 ans.

O. G. Atrophie du bulbe.

O. D. Pannus. Entropion double ; tarses incurvés et épaissis V. $\frac{1}{\infty}$.
Opération le 9 avril 1890.

Incision profonde de l'espace intermarginal. Tarsectomie. Le lambeau est large de 6 millimètres. La période post-opératoire est tout à fait normale, si ce n'est que la période de macération s'est prolongée un peu sous l'influence d'une sécrétion abondante. Bientôt on observe l'éclaircissement de la cornée.

Le 23 avril, deux semaines après l'opération, la vision de l'œil droit :
V = 5/200.

La malade peut marcher seule.

OBSERVATION XXIV (D^r SAPEJKO).

P. Y..., officier de santé,

O. D. trachome dur ; pannus. Opération le 27 novembre 1888.

Dédoublement de l'espace intermarginal. Tarsectomie ; transplantation du lambeau de la muqueuse labiale large de 5 millimètres. Un mois après, les cils sont dirigés verticalement en haut et sont très éloignés du bulbe.

2 ans après, la vision s'est améliorée notablement ; les cils ont une direction normale.

OBSERVATION XXV (D^r SAPEJKO).

R. R..., atteinte du trachome depuis 8 ans.

La période cicatricielle commence ; les deux culs-de-sac sont raccourcis ; trichiasis de la paupière inférieure droite.

Opération : dédoublement de l'espace intermarginal ; incisions latérales aux deux extrémités de la première ; formation d'une plaie béante ; dissection d'un lambeau de la muqueuse labiale long de 3 centimètres et demi, large de 6 millimètres ; fixation du lambeau à la conjonctive par 4 points de suture et à la peau par 5.

Les extrémités de tous les fils réunis sont accolées à la joue pour produire l'ectropion temporaire.

Le 10^e jour, le pansement est enlevé et immédiatement la conjonctive entraîne la muqueuse transplantée en dedans et ainsi corrige l'ectropion.

OBSERVATION XXVI (D^r SAPEJKO).

P. R..., 50 ans, atteinte de trachome depuis très longtemps. Depuis 6 ans la vision = $\frac{1}{\infty}$. Entropion doublé des deux yeux.

Spasme des muscles orbiculaires.

Les tarses sont incurvés et durs.

Xérosis des deux paupières inférieures et de la partie inférieure des bulbes.

Pannus. O. D. V. = $\frac{1}{\infty}$. O. G. V. = $\frac{1}{\infty}$.

Le 17 mai 1890, transplantation de la muqueuse sur toutes les paupières.

O. D. On commence par la section de l'angle externe de l'œil ; puis on fait le dédoublement de l'espace intermarginal de la paupière supérieure suivi de tarsectomie ; ensuite le dédoublement de l'espace intermarginal inférieur. Un lambeau long de 5 centimètres, large de 15 millimètres est taillé sur la muqueuse labiale, puis divisé en deux parties, et chacune de ces parties est fixée à l'une des paupières.

O. G. La même opération.

8 jours après, les 4 lambeaux se sont greffés.

3 semaines après, la malade peut marcher seule. L'état des paupières est très satisfaisant.

OBSERVATION XXVII (D^r SAPEJKO).

K. R..., 44 ans, atteint de trachome depuis 15 ans. La conjonctive est couverte de cicatrices ; les tarses sont fortement incurvés ; entropion et trichiasis doubles ; pannus ; ulcérations de la cornées.

O. D. V. = $\frac{1}{\infty}$.

Opération : section de l'angle externe de l'œil dirigée en dehors et en haut ; dédoublement de l'espace intermarginal à la profondeur de 6 à 8 millimètres ; une incision verticale au niveau de l'angle in-

terne : enlèvement de plusieurs couches de tarse pour l'amincir et pour éloigner quelques bulbes pileux. Transplantation d'un lambeau de la muqueuse de 8 millimètres ; son extrémité externe est placée sur le bord supérieur de la plaie produite par l'incision de la commissure externe de l'œil. Le bord supérieur du lambeau est fixé par 9 points de suture ; le bord inférieur par 5. La guérison se fit très bien.

Le 7^e jour, le lambeau a adhéré partout ; la fente palpébrale est large ; sur la paupière inférieure, la conjonctive s'est soudée avec la peau ; on a obtenu ce qu'on appelle la canthoplastie. Jusqu'au 15^e jour, les cils, soulevés par le lambeau, se dirigeaient directement en haut. Puis, peu à peu une partie de la muqueuse transplantée s'approcha de la cornée en corrigeant le défaut de la conjonctive, et les cils peu à peu prirent leur direction normale.

2 mois après, le pannus a diminué ; les ulcères se sont cicatrisés.
V = 20/200.

OBSERVATION XXVIII (D^r SAPEJKO).

L. S..., 24 ans, soldat, atteint de trachome depuis 10 ans. La conjonctive de l'œil droit est hyperémiée et couverte de granulations. Pannus ; ulcérations de la cornée ; entropion de la paupière inférieure et trichiasis de la supérieure. V = 20/200.

Transplantation de la muqueuse labiale dans les deux espaces intermarginiaux.

Opération et suites opératoires ordinaires.

Bientôt après l'opération, les ulcères de la cornée sont guéris ; le pannus diminue. V = 20/200.

Deux mois après, une partie du lambeau forme l'espace intermarginal et sépare les cils du globe oculaire ; l'autre partie forme la conjonctive palpébrale.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement du trachome par l'excision partielle de la conjonctive suivie de greffe de la muqueuse labiale donne des résultats satisfaisants.

II. — Cette greffe est indiquée principalement dans le trachome à la première période, quand il existe des complications cornéennes.

III. — Le procédé du docteur Noïszewski se recommande tout particulièrement par sa simplicité et sa sûreté.

IV. — La greffe muqueuse a été employée par Story, Burchardt, Sapejko et d'autres auteurs dans l'entropion et le trichiasis consécutifs au trachome. Dans ces cas, la méthode du professeur Panas est celle qui donne les meilleurs résultats.

Vu :

Le Président de la thèse,
PAUL BERGER.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Burchardt.** — Zur Operation der Trichiasis. *Centralblatt für prakt. Augenheilk.*, 1887.
- Van Millingen.** — The tarsocheiloplastic operation for the cure of trichiasis. *Ophth. Review*, 1887, in *Nagels Jahresbericht*, 1887.
- Bemerkungen über 100 Fälle von Trichiasis operiert nach meiner Methode der sog. Tarsocheiloplastik. *Centralblatt für prakt. Augenheilk.*, 1889.
- De la guérison radicale du trichiasis par la tarsocheiloplastie. *Archives d'opht.*, 1888.
- Poplawska.** — *Gazeta Lekarska*, n° 9, 1894. *Entropion et trichiasis* (en polonais).
- Franke.** — Einige Bemerkungen über Haut und Schleimhantpropfung. *Centralblatt für prakt. Augenheilk.*, 1892.
- Israelson.** — Zur Transplantation von Lippenschleimhaut in den Lidrand bei Trichiasis und Entropion. *Centralblatt für prakt. Augenheilk.*, 1897.
- Story.** — Blepharocheiloplastische Operation bei Trichiasis und Entropion. *Klinische Monatsblätter für Augenheilk.*, 1894.
- K. Noiszewski.** — Przesadzenie. *Gazeta Lekarska*, 1889, n° 40.
- Conjunctivoplastie. Eine radicale Heilmethode des chronischen Trachoms. *Centralblatt für praktische Augenheilk.*, février 1890.
- Die Behandlung des Trachoms vermittelt der Transplantation der Schleimhaut. *Centralblatt für prakt. Augenheilk.*, août 1890.
- *Vratch*, 1890, n° 29.
- Przeszczepianie. *Nowina Lekarska*, n° 1, 1890.
- Sapejko.** — *Matériaux cliniques sur la question de la transplantation de la muqueuse*. Thèse de Kieff, 1892, avec dessins (en russe).
- Feuer.** — Ueber Transplantation in den menschlichen Bindehautsack. *Mittheilungen des Wiener medic. Doctoren-Kollegium*, t. I, n° 31 (in *Nagels Jahresbericht*, 1876).
- Imre.** — Transplantation der Kaninchen Conjunctiva bei Symblepharon. *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, t. XIV, 1876.
- Diatchenko.** — Experimentale Untersuchungen über Transplantation der Schleimhaut. *Centralbl. für medicinische Wissenschaft*. n°s 35, 36, 1896.

Raehlmann. — Therapeutische Erfahrungen über Lidkantenoperation sowie über Haut und Schleimhauttransplantation am Auge. *Deutsch. medicinische Wochenschrift*, 1891.

Wœlfier. — Ueber die Technik und den Werth von Schleimhautübertragung. *Archiv für klinische Chirurgie*, t. XXXVII, 4.

Masselon. — Fragments d'ophtalmologie. *Compte rendu annuel de la clinique du Dr de Wecker. Annales d'oculistique*, t. LXXIII, 1875.

Imp. J. THEVENOT, Saint-Dizier (Hte-Marne)
